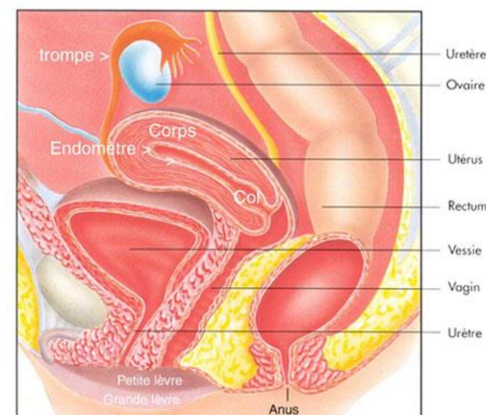
Prolapsus génitaux

Q147

Multiparité Cystocèle Hystérocèle Rectocèle Colpocèle Urodynamique

Physiopathologie (hp)

- **STRUCTURES ET MECANISME DE MAINTIEN DES STRUCTURES PELVIENNES**
  - **Diaphragme pelvien :** muscles élévateurs de l'anus, m.coccygiens délimitant un point faible : la fente urogénitale
  - **Structures conjonctives pelviennes :** paracervix, paramètres, lames recto-génito-pelviennes ainsi que les septums entre vessie, vagin, utérus et rectum. Assure cohésion et élasticité entre les organes.
  - **Orientation des viscères en « marche d'escalier » :** Vessie repose sur le vagin, col et vagin s'appuient sur le noyau fibreux central du périnée. Rectum est soutenu par le muscle élevateur de l'anus.
  - Ainsi, lors des efforts de poussée **la résultante des forces de pression se dirige en arr et non en bas.** Un effort de retenue volontaire mais aussi réflexe (proprioception) par action synergique du muscle releveur et du sphincter externe de l'anus entraine la **fermeture des angles viscéraux** urétro-vésical, vaginal et ano-rectal ainsi que celle de **la fente uro-génitale**.
  - **Statique pelvienne** est sous la triple dépendance du ***système d'orientation*** de l'utérus (ligmt utérosacrés), du ***système de suspension*** (paracervix) et celui de ***soutenement*** (m.élevateur et noyaux fibreux).
  - **La continence d'urine à l'effort** est assurée par la position anatomique de la jct° urétrovésicale et par la transmission à l'urètre des augmentations de P° abdo.



- **PROLAPSUS EST LA CONSEQUENCE DES MODIFICATIONS DES CONTRAINTES ET DES STRUCTURES**
  - **Contraintes**
    - **L'obésité** et **la grossesse** augmente le poids des viscères.
    - **Faiblesse de la paroi abdo** entraine une transmission de force + importante aux m.élévateurs de l'anus et au périnée qui s'affaissent.
    - **Modification des axes osseux et musculaires vers la fente génitourinaire** par la ménopause, l'âge et l'obésité
  - **Structures**
    - **Grossesse et accouchement :** Altération des septums, des ligmts et des m. élevateurs aboutissant à une dénervation (étirement muscles et nerfs), à une incontinence urinaire d'effort par élongat° de l'urètre/sphincter
    - **Ménopause :** Sclérose et infiltration adipeuse des structures pelviennes => diminution de leur efficacité.
    - **Chirurgie peuvent entrainer des altérations mécaniques** (hysterectomie) **ou neurologique** (K pelvien)

Diagnostic

- **DEFINITION**
  - **Prolapsus : Issue anormale des viscères pelviens au niveau de l'orifice vulvovaginal**
- **INTERROGATOIRE**
  - **Recherche un terrain prédisposant**
    - **Gynéco-obstétricaux :** Grossesses multiples, multiparité[Q], accouchements traumatique[Q], poids de naissance élevé[Q], Ø d'épisiotomie préventive[Q], pas de rééducation périnéale du post partum, ménopause précoce/avérée
    - **Chirurgicaux :** hystérectomie ou toute chirurgie pelvienne (cure d'IUE)
    - **Anatomique :** amaigrissement rapide, obésité, douglas profond.
  - **Recherche des signes fonctionnels**
    - **Parfois spécifiques**
      - ***Tuméfaction vulvaire*** permanente ou à l'effort, parfois extériorisée (=> ± saignements par ulcérat° du col)
      - ***Sensation de « pertes d'organes »***
    - **Le plus svt non spécifiques** :
      - ***Signes urinaires*** (> 70 % des cas) de tout type st possibles : pollakiurie, rétention d'urines, mictions impérieuses, cystalgies… Il faudra rechercher + attentive[t] une ***incontinence urinaire à l'effort*** vraie (toux, éternuements, rire, marche) dont la présence et l'importance pourront éventuellement modifier le ttt chir
      - ***Pesanteur pelvienne*** permanente ou intermittente, accentuée par la station debout, la fatigue de la journée
      - ***Constipation*** ou ***incontinence***
      - ***Troubles sexuels :*** dyspareunie
    - **Prolapsus peut être asymptomatique**
  - **Les prolapsus n'entraînent ni douleur ni saignement sauf traumatisme du col extériorisé**
    → Il faudra chercher une lésion associée devant ces signes

- **Eléments orientant le ttt**
  - ***Symptomatologie et degré de gêne fonctionnelle*** (notamment urinaire / IU d'effort ++)
  - ***Chez la femme jeune*** : désir de nouvelles maternités ?
  - ***Chez la femme ménopausée*** : désir de poursuivre rapports sexuels ?
  - ***Terrain / tares associées*** (CI à chir ?)

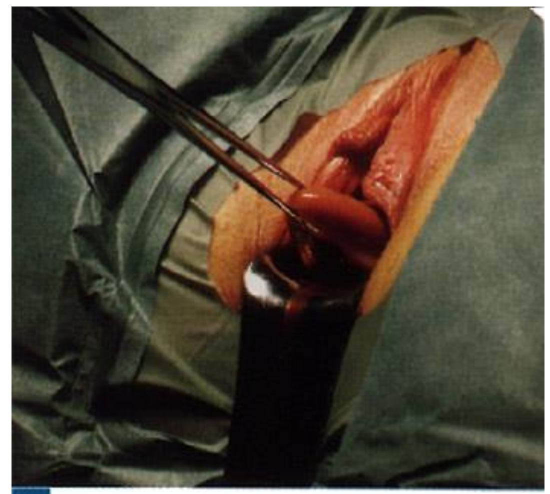
EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique est fondamental : fait le diagnostic, évalue les traitements à envisager

- **Technique**
  - Sur table gynécologique, vessie **pleine** (sf pr TV)
  - Inspection des éléments avec un ***spéculum*** bivalve ***au repos*** puis ***à l'effort :*** en poussée ou à la toux.
  - **L'examen est complété par**
    - Touchers pelviens avec appréciation de la qualité des muscles releveurs de l'anus au TV et le tonus du sphincter anal ou la qualité de la paroi rectovaginale au TR.
    - Appréciation de la musculature abdominale, de l'état général, du degré d'obésité
  - **Recherche d'une incontinence urinaire par demande de tousser en réalisant des manœuvres spécifiques**
    - Manœuvre de **BETHOUX**: refoulement du col uterin par un clamp courbe en appui sur la fourchette vulvaire
    - Manœuvre de **BONNEY** ou **de repositionnement du col vésical**[Q] : lors du TV, 2 doigts vaginaux[Q] st placés de part et d'autres du méat urètral dirigés vers la symphyse pubienne et remontant le cul de sac vaginal ant vers la cavité abdo. Réintégration du col vésical et du sphincter ds l'enceinte abdo
    - Bonney modifié = Bethoux + Bonney
    - Manœuvres dites + si elles stoppent la fuite urinaire et oriente vers une IUE par cervicocystoptose.
- **Résultats**
  - ***Prolapsus génital peut toucher de manières diversement associées les trois étages du périnée***
    - Urétrocèle et cystocèle: Saillie de la paroi vaginale ant d'abord striée (colpocèle du segment urétral ou *urétrocèle*) puis lisse (colpocèle du segment vésical ou *cystocèle*)
    - Hystérocèle : L'utérus descend ± bas, appelé aussi *hystéroptose* (cervicoptose peut être dissociée)
    - Rectocèle La paroi postérieure du vagin se déroule formant une colpocèle postérieure qui contient la paroi antérieure du rectum
    - Elytrocèle : Colpocèle postérieure contenant le cul de sac de Douglas[Q]
  - ***Tous les prolapsus st tapissés par la paroi ant ou post du vagin : colpocèle ant ou post.***
  - Un colpocèle ant pourra être révélé par la manoeuvre de la valve post et inversement. Un prolapsus utérin lui sera mise en évidence au retrait du speculum ou par traction sur le col à la pince de ***Pozzi***


1 Cystocèle.


2 Cervicoptose.


3 Allongement du col utérin.

AU TERME DE L'EXAMEN

- **Chaque élément du prolapsus (ant, moy et post) est coté de 1 à 3 suivant son importance**
  - **stade 1** : intravaginal
  - **stade 2** : affleurant la vulve
  - **stade 3** : dépassant l'orifice vulvaire
- **La qualité des releveurs est notée, ainsi que la trophicité des muqueuses génitales**
- **L'incontinence urinaire d'effort est relevée**

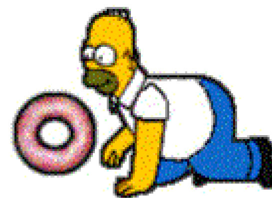
- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**
  - **Kystes vaginaux**
    - Injection de bleu dans la vessie et TR prouve l'indépendance du kyste avec organes pelviens, ± échographie pelvienne
  - **Tumeurs bénignes du col**
    - spéculum, ± écho endovaginale
  - **Inversion utérine chronique**

- **EXAMENS COMPLEMENTAIRES**
  - **La place des examens complémentaires appartient plus au bilan des lésions associées qu'au diagnostic :**
    - **Frottis cervical de dépistage** (surtout si conservation utérine)
    - **ECBU** (si symptômes urinaires)
    - **Echographie**
    - **Hystérosalpingographie** (si doute sur l'endomètre / peut objectiver un allongement hypertrophique du col)
    - En cas de prolapsus récidivé ou de doute sur une élytrocéle un **colpocystogramme** (étude radiologique dynamique des viscères pouvant se prolaber) peut être utile (explication sur RDP)
    - **Bilan urodynamique**^Q+ est **INDISPENSABLE**^Q :
      - <u>Débimétrie mictionnelle</u>
      - <u>Mesure du résidu post-mictionnel</u>
      - <u>Cystomanométrie</u> => mesure les P° de remplissage : détecte les instabilités mictionnelles
      - <u>Urétromanométrie</u> => mesure de la pression de cloture (***profil statique*** : insuffisance sphincterienne si baisse de la P° de clôture > 20 %) et les variations de P° urétrales au court d'effort de toux (***profil dynamique***)
        - Il essaie de préciser la part du prolapsus dans la survenue de fuites, recherche d'autres causes à ces fuites (insuffisance sphinctérienne notamment), évalue la qualité du sphincter strié urétral et les chances de correction chirurgicale d'une incontinence urinaire associée
        - De + en + réalisé de façon systematique car il évalue les risque d'une IUE potentielle post op.
    - **UIV** : non systématique, utile dans certaines techniques chirurgicales

Principes du traitement (HP)

Prolapsus = maladie BENIGNE → traitement uniquement si symptomatique sur <u>choix éclairé de la patiente</u> avec un risque le + faible possible et en fonction de l'âge et des désirs de la patiente

- **KINESITHERAPIE PERINEALE SEULE : « rééducation des muscles releveurs »**
  Femme jeune, prolapsus peu important, désir de maternité, pas ou peu d'IU d'effort
- **PESSAIRE**
  Femme âgée inopérable (pessaire = « donut » élastique introduit au fond du vagin pour retenir les organes…)



- **CHIRURGIE**^Q
  - **Par voie haute** (++ pour IU d'effort, hystéroptose, élytrocèle)
  - **Par voie basse :** voie – lourde, ++ pour cystocèle, rectocèle, peut permettre hystérectomie voire fermeture vagin (♀ âgées)
  - **Voies combinées**
  - **Quelque soit la chirurgie, la réeducation périnéale est indispensable.**

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat 98, Cours Fac 2001, Impact, Dossier Estem, QCM Intest (2 QCM et 1 CCQCM)